

Información del paciente

Fecha _____
 SS# _____
 Nombre: Primero _____ MI _____ Último _____
 Apodo _____
 Dirección _____ Apt.# _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Fecha de nacimiento _____
 Género Masculino Femenino
 Idioma Inglés Español Otro _____
 Raza _____ Etnicidad _____
 Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
 Ocupación _____
 Empleador/Escuela _____
 Nombre del cónyuge _____
 Fecha de nacimiento del cónyuge _____

Información de contacto

Teléfono Principal # _____
 Teléfono Secundario # _____
 Dirección de correo electrónico _____
 La forma principal en que me gustaría que se pusieran en contacto conmigo para recordatorios de citas es:
 Texto Correo electrónico
 Nombre de contacto de emergencia _____
 Teléfono # _____ Relación _____

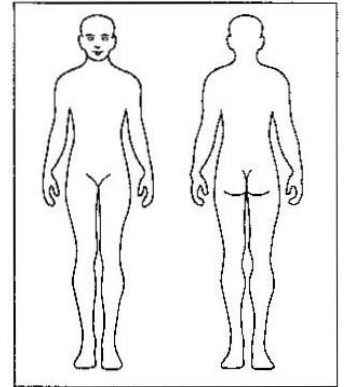
Información sobre accidentes

¿La condición se debe a un accidente? Sí No
 Fecha del accidente _____
 Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro
 ¿A quién ha hecho un informe de su accidente? Seguro de Auto Empleador Compensación de Trabajadores. Otros
 Nombre del abogado (si corresponde) _____

Condición del paciente

Motivo de la visita _____
 ¿Cuándo aparecieron los síntomas? _____
 ¿Esta condición está empeorando progresivamente? Sí No Desconocido
 Por favor, circule la gravedad de su dolor en una escala de 1 (menos severo) a 10 (más severo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Tipo de dolor: Agudo Pesado Palpitante Entumecimiento Doliente Punzante
 Ardor Hormigueo Calambres Rigidez Hinchazón Otros
 ¿Con qué frecuencia tiene este dolor? _____
 ¿Es constante o va y viene? _____
 ¿Interfiere con su: Trabajo Al dormir Rutina diaria Actividades recreativas
 Movimientos que son dolorosos de realizar: Sentarse Estar de pie Caminar
 Agacharse Acostarse Otros ____
 ¿Qué tratamiento ya ha recibido para su condición? Medicamentos Cirugía Fisioterapia
 Servicios Quiroprácticos Ninguno Otros ____
 Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su condición _____

Marque una X en la imagen donde tenga dolor, entumecimiento u hormigueo



Fecha del último: Examen físico _____ Radiografía de la columna _____ Examen de la columna _____
 Radiografía del tórax _____ Resonancia magnética _____ Tomografía _____ Gammagrafía ósea _____

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Historial de salud

Marque "Y" para Sí o "N" para No para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Diabetes	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Sarampión	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Enfisema	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Migraña	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Vacunas para		Epilepsia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Aborto	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
alergias	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Fracturas	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Anemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Anorexia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Inflamación de	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Paperas	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tiroides		Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Artritis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Marcapaso	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Asma	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	La Gota	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Enfermedad de	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tumores o	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Trastorno		Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Parkinson		Crecimientos	
Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Nervio pellizcado	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Bulto en el seno	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Hernia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Neumonía	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Úlceras	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Polio	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Bulimia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Herpes	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Problema de	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Cáncer	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	próstata		Tos ferina	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Cataratas	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Prótesis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Otro	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dependencia		Nefropatía	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Atención	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	_____	
química	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	psiquiátrica			
Varicela	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N						

¿Estás embarazada? No **Fecha del último período menstrual** _____ Sí **Fecha de parto** _____

Antecedentes familiares

Enfermedad/Condición	Padres	Abuelos	Hermanos
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros problemas de salud importantes _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<u>Ejercicio</u>	<u>Actividad Laboral</u>	<u>Hábitos</u>	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Mayormente sentado	<input type="checkbox"/> Fumar	Paquetes/Día _____
<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Trabajo ligero	<input type="checkbox"/> Alcohol	Bebidas/Semana _____
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> En su mayoría de pie	<input type="checkbox"/> Bebidas con cafeína	tazas/día _____
<input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Trabajo pesado		

Lesiones/cirugías que ha tenido	Descripción	Fecha
Caídas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos rotos/dislocaciones	_____	_____
Cirugías	_____	_____

Medicamentos	Alergias	Vitaminas/hierbas/minerales
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del paciente _____ **Fecha** _____

Seguro

Compañía de Seguro _____

Asignación y liberación

Certifico que yo, y/o mi(s) dependiente(s), tenemos cobertura de seguro con la compañía de seguros mencionada anteriormente y asigno directamente a Clearwater Spine & Rehabilitation todos los beneficios de mi seguro, si los hubiera, serán pagados a mi favor por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea pagados o no por el seguro.

Clearwater Spine & Rehabilitation puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la(s) compañía(s) de seguros mencionada anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagables por los servicios relacionados.

X _____

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Escriba el nombre de la persona que firma arriba

Fecha

Relación con el paciente

Política financiera de la oficina

Al ejecutar este acuerdo, usted acepta pagar por todos los servicios que se reciben. Se le considera un paciente en efectivo hasta que traiga sus formularios de seguro completos y califiquemos y aceptemos su cobertura de seguro. Los pagos se esperan en el momento del servicio o por un plan de pago autorizado.

Seguro contratado: Si estamos contratados con su compañía de seguros, debemos seguir nuestro contrato y sus requisitos. Si tiene un copago o deducible, debe pagarse en el momento del servicio. Es la compañía de seguros la que toma la determinación final de su elegibilidad.

Si su seguro no ha pagado un reclamo dentro de los sesenta (60) días posteriores al envío de las facturas, usted acepta participar activamente en la recuperación de su reclamo. Si su compañía de seguros no ha pagado dentro de los noventa (90) días posteriores al envío de facturas, usted acepta la responsabilidad del pago total de cualquier saldo pendiente.

Cargo financiero: Se impondrá un cargo financiero por cada elemento de su cuenta que no se haya pagado dentro de los treinta (30) días posteriores al momento en que se agregó el artículo a la cuenta. El **CARGO FINANCIERO** se computará a una tasa del uno por ciento (1%) mensual o una **TASA DE PORCENTAJE ANUAL** del doce por ciento (12%).

Hay un cargo de \$25 por cualquier cheque devuelto por el banco.

X _____

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Escriba el nombre de la persona que firma arriba

Fecha

Relación con el paciente

Consentimiento informado para el examen y el tratamiento

Doy mi consentimiento para la realización del examen y tratamiento en mí o en _____ por el doctor licenciado en quiropráctica, terapeuta de masaje con licencia y/o asistente quiropráctico que este contratado o en practica en esta clínica.

He tenido la oportunidad de discutir con el médico (s) u otro personal de la clínica la naturaleza y el propósito de los diferentes procedimientos de fisioterapia y tratamiento quiropráctico (manipulación / ajuste). Entiendo que ni la quiropráctica ni el tratamiento médico son una ciencia exacta y que mi atención puede implicar criterios basados en hechos e información conocida por el médico. El médico utiliza su conocimiento y criterio para intentar anticipar o explicar los riesgos, complicaciones y un resultado indeseado; no necesariamente indica un error de criterio. No se puede hacer o esperar ninguna garantía de resultados, sino que deseo confiar en el médico para elegir y recomendar el mejor curso de tratamiento basado en hechos conocidos que es lo mejor para mí.

Además, entiendo que hay ciertos grados de riesgo asociados con la atención médica quiropráctica y la fisioterapia, que incluye raramente, pero no limitado a: fracturas, lesiones de disco y distensión / esguinces. Por lo tanto, estoy dispuesto a aceptar y consentir el riesgo asociado con la atención que estoy a punto de recibir.

He leído, o la información anterior ha sido explicada con respecto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen y tratamiento. Al firmar a continuación, acepto y tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra los procedimientos prescritos para mi condición y para cualquier condición futura para la cual busco tratamiento.

X _____

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Escriba el nombre de la persona que firma arriba

Relación con el paciente